

DES ACCIDENTS TARDIFS
CONSÉCUTIFS A LA
RÉDUCTION DE LA LUXATION CONGÉNITALE
DE LA HANCHE
THÈSE

présentée et soutenue publiquement le Mardi 20 Avril 1909

POUR OBTENIR LE DIPLOME DE

Docteur de l'Université de Nancy (Mention Médecine)

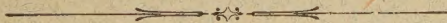
PAR

GRUNDMANN, née Liubov EFIMTZEFF

à Moscou (Russie), le 29 Janvier 1874

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :	{	MM. ROHMER, Professeur..	Président
		SCHMITT, Professeur.	Juges.
		FRÉLICH, Agrégé. . . .	
		RICHON, Agrégé	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical



NANCY
IMPRIMERIE GERBER & PETITCOLAS
1, Boulevard d'Alsace-Lorraine et 5, Place Ste-Marie

1909

DES ACCIDENTS TARDIFS

CONSÉCUTIFS A LA

RÉDUCTION DE LA LUXATION CONGÉNITALE

DE LA HANCHE

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le Mardi 20 Avril 1909

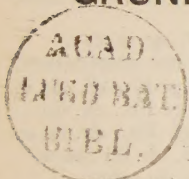
POUR OBTENIR LE DIPLOME DE

Docteur de l'Université de Nancy (Mention Médecine)

PAR

GRUNDMANN, née Lioubov EFIMTZEFF

à Moscou (Russie), le 29 Janvier 1874



EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. ROHMER, Professeur.. . *Président*

SCHMITT, Professeur. . .

FRÉLICH, Agrégé. . . *Juges.*

RICHON, Agrégé . . .

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical

NANCY

IMPRIMERIE GERBER & PETITCOLAS

1, Boulevard d'Alsace-Lorraine et 5, Place Ste-Marie

1909

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. GROSS O *, I Q.

Assesseur : M. BERNHEIM, *, I Q.

Professeurs honoraires : MM. BEAUNIS, *, I Q, NICOLAS, I Q, PRENANT, I Q.

Professeurs.

Clinique médicale	M. BERNHEIM *, I Q.
Clinique chirurgicale	M. GROSS, O *, I Q.
Physique médicale.	M. CHARPENTIER *, I Q.
Médecine opératoire.	M. CHRÉTIEN, I Q.
Clinique chirurgicale.	M. WEISS *, I Q.
Chimie médicale et Toxicologie.	M. GARNIER, I Q.
Clinique médicale.	M. SPILLMANN, I Q.
Clinique obstétricale et Accouchements	M. A. HERRGOTT, *, I Q.
Hygiène.	M. MACÉ, I Q.
Thérapeutique et Matière médicale.	M. SCHMITT, I Q.
Anatomie descriptive	M. ANCEL, A Q.
Physiologie.	M. MEYER, I Q.
Pathologie gén. et Pathologie interne.	M. SIMON, I Q.
Histologie.	M. BOUIN, I Q.
Histoire naturelle médicale.	M. VUILLEMIN, I Q.
Clinique ophthalmologique.	M. ROHMER, I Q.
Médecine légale	M. PARISOT, I Q.
Clinique des maladies des enfants	M. HAUSHALTER, I Q.

Professeurs-Adjoints.

Clinique d'électrothérapie (1)	M. GUILLOZ, I Q.
Pathologie externe.	M. VAUTRIN, I Q.

Cours complémentaires

Clinique des maladies des vieillards	M. ETIENNE, I Q, agrégé libre, ch. du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.	M. L. SPILLMANN, A Q, agr. ch. du c.
Accouchements	M. SCHUHL, I Q, agrégé libre, chargé du cours.
Clinique d'orthopédie (1).	M. FRELICH, I Q, agrégé lib., ch. du c.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie (1)	M. JACQUES, I Q, agrégé lib., ch. du c.
Clinique des voies urinaires (1)	M. ANDRÉ, I Q, agrégé lib., ch. du c.
Anatomie pathologique.	M. HOCHÉ, I Q, agrégé, ch. du cours.
Clinique des maladies mentales	M. PARIS, A Q, chargé du cours.

Agrégés en exercice

MM. LAMBERT, I Q.	MM. RICHON, A Q.	MM. DUFOUR, A Q.
L. SPILLMANN, A Q	G. GROSS, A Q.	SENCERT, A Q.
MICHEL, A Q.	FRUHNSHOLZ, A Q	ROBERT A Q.
HOCHÉ, I Q.	COLLIN, A Q.	

Agrégés libres

MM. REMY, A Q, FÉVRIER, *, I Q, ETIENNE, I Q.
ZILGIEN, A. Q, FRELICH, I Q, SCHUHL, I Q, JACQUES, I Q, ANDRÉ, I Q.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, *, Q, I Q, Secrétaire

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les approuver.

A MON PÈRE

Témoignage d'affection et de profonde reconnaissance

A MON MARI

Mon affection sincère et dévouée

A MES PARENTS ET AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
Monsieur le Professeur ROHMER

A Monsieur le Professeur agrégé FRÆLICH

AVANT-PROPOS

A la veille de quitter la France pour regagner notre pays, il est pour nous un devoir agréable à remplir, c'est de remercier tous les maîtres de la Faculté de Médecine de Nancy qui, pendant nos études, nous ont prodigué leurs conseils savants et précieux.

Que M. le Professeur agrégé Frœlich dont nous avons suivi avec intérêt les savantes cliniques reçoive tout d'abord nos remerciements. C'est lui qui nous a inspiré le sujet de notre thèse, qui nous en a dicté les grandes lignes et y a contribué pour une large part ; qu'il soit assuré de notre très profonde reconnaissance.

M. le Professeur Rohmer nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; nous le remercions vivement et le prions de croire à notre profonde gratitude.

Nous remercions également M. le Professeur Schmitt dont nous avons toujours suivi avec un très grand plaisir les savants préceptes thérapeutiques ; c'est lui qui nous a montré quelles ressources immenses la thérapeutique nous offrait. Nous n'oublierons pas son précieux enseignement et nous le prions de vouloir bien agréer notre profonde gratitude.

Nos premiers pas en médecine furent guidés par M. le Professeur agrégé Richon, qu'il soit assuré que nous garderons toujours de lui le meilleur souvenir.

Merci à tous nos maîtres de la Faculté de Médecine de Nancy.

INTRODUCTION

Quand la guérison de la luxation congénitale de la hanche semble obtenue et que tout porte à croire, que dans l'avenir cet état va persister, soudain un incident paraît et le malade revient consulter : soit qu'il éprouve simplement des douleurs au niveau de son articulation coxo-fémorale, soit qu'il recommence à boiter,

Or, parmi les complications qui peuvent survenir, on peut citer les suivantes :

1° La coxa-vara, quelquefois compliquée d'atrophie partielle du col ;

2° La coxalgie ;

3° La luxation traumatique de la hanche ;

4° La paralysie infantile se localisant du côté opéré.

Nous nous proposons dans notre thèse d'étudier chacune de ces quatre complications.

Comme les deux premières, c'est-à-dire la coxa-vara et la coxalgie sont de beaucoup les plus fréquentes et par conséquent sont celles qui nous offrent le plus grand intérêt, notre étude portera surtout sur chacune d'elles en particulier.

CHAPITRE I^{er}

COXA-VARA

Qu'entend-on par coxa-vara ?

Les auteurs la définissent comme une affection consistant en une déformation congénitale ou acquise du col fémoral, qui est anormalement incliné en bas et incurvé en arrière.

Anatomiquement la coxa-vara est caractérisée par la modification des angles d'inclinaison et de déclinaison formés par le col et la diaphyse du fémur.

Or, on définit l'angle d'inclinaison : l'angle que fait l'axe du col avec celui de la diaphyse fémorale. Sa valeur, mesurée en degrés, varie légèrement selon les auteurs.

MICKULIEZ et LAUENSTEIN l'évaluent à 125 degrés, tandis que SCHMIDT dit en avoir rencontré fréquemment de 135 degrés. Chez ces trois cliniciens cette évaluation est faite pour l'enfant normal.

Il n'en est plus de même dans les cas de coxa-vara : cet angle d'inclinaison, en effet, se transforme souvent en angle droit et peut même se fermer davantage. Dans certains cas l'inclinaison peut devenir telle, que

le bord inférieur du col peut ne plus présenter qu'une légère dépression entre la tête du fémur fortement déviée en bas et le petit trochanter.

Quant à cette déviation elle peut se présenter sous différentes formes : tantôt elle siège à la base du col, du côté du petit trochanter, de sorte que le col s'incline tout entier, tantôt elle se localise au niveau de la région juxta-cervicale de la tête : le col conserve alors sa direction et la tête, modifiant son orientation, se trouve seule déplacée en bas.

L'angle de déclinaison est constitué par un angle dièdre de 12 degrés environ, ouvert en dedans et en avant, déterminé par deux plans verticaux, dont l'un est mené par l'axe de la diaphyse fémorale, qu'il coupe en deux moitiés antérieure et postérieure et dont l'autre passe par le grand axe du col.

Dans le cas de coxa-vara, cet angle de déclinaison peut diminuer à tel point, qu'il arrive à égaler zéro, ou même devenir négatif.

De ces données pathologiques, il résulte que la diminution de l'angle d'inclinaison entraîne l'abaissement de la tête fémorale et que la modification subie par l'angle de déclinaison amène une incurvation du col à convexité antérieure.

Nous sommes donc à même maintenant de saisir les symptômes de la coxa-vara, nous voyons qu'ils sont au nombre de trois : élévation et saillie du grand trochanter au-dessus de la ligne Nélaton-Roser, adduction de la cuisse et rotation du membre en dehors.

Dans quelques cas peu favorables le diagnostic différentiel entre la coxa-vara et la luxation congéni-

taille de la hanche pourrait offrir une grande difficulté, mais à l'heure actuelle cette difficulté est résolue très facilement par la radiographie. Grâce à elle, en effet, il est permis de voir la déformation du col du fémur et de constater la situation normale de la tête fémorale dans la cavité cotyloïde.

La déclinaison du col du fémur dans le sens de la coxa-vara était décrite depuis longtemps comme une luxation congénitale.

Mais les recherches actuelles ont démontré que cette inclinaison ne survient qu'exceptionnellement chez les jeunes enfants et n'apparaît que plus tard, ce qu'on pouvait surtout démontrer par les rayons X.

La coxa-vara peut apparaître quelque temps après une réduction ou même souvent immédiatement après.

Dans notre thèse, nous nous proposons de démontrer dans quelles proportions apparaît la coxa-vara consécutivement à l'opération, quelles causes on pourra invoquer pour l'expliquer, quelles en sont les conséquences et le traitement.

Les premiers auteurs qui ont attiré l'attention sur la coxa-vara survenue consécutivement à la réduction d'une luxation congénitale sont : LUDLOFF, dans le deuxième congrès d'Orthopédie, qui en a montré 2 cas ; CURTILLET, à Alger, qui, en 1907, en a montré 2 cas ; au même Congrès, M. le professeur agrégé FRÆLICH en rapportait 4 cas, et tout récemment NOVÉ-JOSSERAND en citait un nouveau cas (thèse de MOREL, 1908).

Au Congrès allemand d'orthopédie de 1908, M. FRÆLICH en signale 2 nouveaux cas.

WULLSTEIN rapporte 1 cas.

Enfin, Michaël HORWATH, résumant la question, en présente 12 cas dans le *Journal d'orthopédie chirurgicale* (*Zeitschrift für Orth. chirurgie*, 1909).

Du petit nombre d'observations signalées, on pourrait conclure que cette complication est très rare. Le pourcentage en est difficile à faire actuellement, les statistiques ne nous donnent pas un solide appui.

Le pourcentage le plus élevé est fourni par la statistique de M. FRÆLICH, qui a trouvé 6 exemples de la coxa-vara consécutifs à la réduction de 380 luxations congénitales.

Michaël HORWATH n'en a trouvé que 12 cas sur 125 luxations.

NOVÉ-JOSSERAND (Lyon) prétend que sur 500 réductions il n'a pu en observer qu'un seul cas.

REDARD, de Paris, 2 cas sur 500 réductions.

Mais ce pourcentage s'éloigne beaucoup des statistiques précédentes.

Une méthode de certitude pour déterminer la fréquence de la coxa-vara est d'évaluer l'angle d'inclinaison chez un grand nombre d'enfants opérés et de le comparer avec celui d'enfants bien portants et du même âge.

D'après la valeur de cet angle d'inclinaison, il semble que la coxa-vara se montre d'autant plus souvent que l'enfant est plus âgé. Chez ces malades, l'angle du col du fémur paraît aussi plus petit du côté sain que chez les enfants normaux du même âge.

Pour déterminer le pourcentage, les statistiques ne donnent pas un solide appui; c'est, qu'en effet, on

accepte que les hanches qui ne se sont pas déformées après 12 ou 16 mois ne peuvent plus gagner la coxa-vara.

En résumé, il nous est donc permis de dire que ces cas de coxa-vara consécutifs à la réduction de la luxation congénitale sont assez rares, et nous croyons que quelques observations relatives à cette coxa-vara ne seront pas dépourvues d'intérêt.

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé FRÉLICH, parue dans la *Revue médicale de l'Est*, 1907.)

Marguerite G..., fillette de sept ans, atteinte de luxation congénitale gauche, enfant unique, le père et la mère sont bien portants; on note dans les antécédents collatéraux une tante maternelle qui a une luxation congénitale double. La marche a été très difficile, l'enfant demande continuellement à être soutenue, après 100 mètres elle n'en peut plus.

A l'examen, on note un raccourcissement du membre inférieur gauche de 3 cm. 1/2 et une atrophie des muscles fessiers du même côté. A la radiographie, on note un léger degré de brièveté du col, mais l'angle d'inclinaison est sensiblement normal, le centre de la tête est à 3 cm. du centre de la cavité, le toit de la cavité cotyloïde est très prononcé, à double contour. Profondeur assez grande.

La petite malade est opérée le 8 septembre 1905, sans incident et immobilisée en abduction à 60 degrés.

13 septembre 1905. — Assez notable gonflement de la grande lèvre gauche.

13 novembre. — Changement d'appareil. La hanche est déjà fixée.

25 décembre. -- Ablation du plâtre, on note une légère raideur de la hanche gauche et un degré assez prononcé de rotation en dehors. Un traitement par le massage et la mobilisation est institué.

7 février 1906. — L'enfant marche d'une façon satisfaisante. Il persiste cependant un peu de raideur et la flexion et l'adduction de la cuisse gauche sur le bassin sont diminuées.

18 juin. — La marche est toujours satisfaisante, mais il apparaît une légère claudication lorsque l'enfant a marché depuis quelque temps. La flexion de la cuisse gauche sur le bassin dépasse 90 degrés.

Une radiographie, faite le 20 juillet 1907, montre que la tête est bien en place, la cavité formée, traces de stalactite osseuse complétant le toit de la cavité cotyloïde. Le col fémoral gauche est manifestement plus court que le droit, l'angle d'inclinaison à gauche est de 95 degrés environ.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé FRÉLICH, parue dans la *Revue médicale de l'Est*.)

Marguerite G..., atteinte de luxation congénitale double de la hanche, nous est amenée le 14 mai 1905, c'est une fillette âgée de 3 ans, assez forte. Aucun antécédent héréditaire. Dans les antécédents collatéraux, on note une sœur, de deux ans plus âgée qui a une luxation congénitale droite atteinte actuellement de coxalgie avec abcès et une tante maternelle qui serait atteinte de boiterie. Au point de vue personnel, on note que l'enfant a marché un peu tard et a présenté dès le début une légère claudication.

Actuellement, elle balance très fort en marchant, le balancement plonge plus à droite qu'à gauche, cependant la longueur des jambes est égale.

Une radiographie de son bassin montre que les cavités sont profondes et bien formées, le toit presque horizontal et à double contour, la tête est à 4 cm. de la cavité à droite, à gauche à 3 cm. 1½, le segment inférieur de la cavité est épaissi, hyperplasié. Le col est un peu gros et l'angle d'inclinaison est de 110 degrés des deux côtés.

Opération le 19 mai 1904. — Chloroforme, réduction des deux côtés dans la même séance, la malade est immobilisée les jambes en croix. Fort gonflement avec ecchymoses au niveau de la grande lèvre droite.

7 septembre 1904. — Ablation de l'appareil qui est resté en place quatre mois, une légère escarre s'est produite dans la région lombaire, on note une raideur assez grande des deux hanches. Traitement par le massage et la mobilisation.

8 février 1906. — L'enfant marche déjà bien mieux qu'avant l'opération, mais elle fléchit encore un peu à droite.

10 juillet. — La marche s'est encore améliorée, mais il persiste encore un très léger fléchissement du côté droit.

17 novembre. — L'état reste stationnaire. Une radiographie montre une coxa-vara de 90 degrés du côté droit.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé FRÉLICH, parue dans la *Revue médicale de l'Est*.)

A. G..., fillette de vingt-et-un mois. C'est une enfant unique, atteinte de luxation congénitale double. Elle a marché un peu tard, à l'âge de dix-huit mois et dès le début, sa marche a été très défectueuse et en canard.

Enfant frêle et délicate, ni frère, ni sœur. Aucun antécédent héréditaire.

À l'examen, le 24 décembre 1904, les trochanters sont remontés d'une quantité qui semble égale des deux côtés elle est de quatre centimètres. Une radiographie, faite à la

même date montre que les cavités cotyloïdes sont très bien formées à toits presque horizontaux, surtout à gauche ; les cavités sont aussi profondes ; la tête fémorale, à gauche, est à 3 cm. du cartilage en Y ; à droite, à 2 cm. au-dessus ; le fémur droit est plus grêle que le gauche. L'angle d'inclinaison est de 115° environ.

27 janvier 1905. — Opération, réduction des deux côtés à la fois, plâtre les jambes en croix, l'enfant est excessivement agitée pendant trois jours.

8 mars. — Changement d'appareil, qui est remis dans la même position.

24 mai. — L'enfant est débarrassée de son plâtre ; la suite du traitement comprend le massage et la mobilisation qui sont faits par moi pendant huit jours. Après quinze jours, l'enfant se tient sur ses jambes, mais en boitant.

Au bout d'un mois, l'enfant marche d'une façon satisfaisante.

La mère, qui a quitté Nancy, m'écrit que sa marche est très satisfaisante.

8 septembre 1906. — Je revois l'enfant, la marche est tout à fait normale, le résultat est réellement remarquable. Une radiographie à la même date montre que le col paraît très nettement raccourci et plus massif que normalement. L'angle d'inclinaison a encore diminué et mesure de 95 à 100 degrés des deux côtés.

OBSERVATION IV

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé FRÆLICH, parue dans la *Revue médicale de l'Est*.)

Renée G..., fillette de deux ans et demi, atteinte de luxation congénitale double, enfant unique, a marché à dix-neuf mois, toujours en se balançant très fort. Les deux jambes ont la même longueur, le grand trochanter semble plus remonté à droite qu'à gauche.

L'examen d'une radiographie faite le 10 avril 1904, montre que les têtes sont luxées à droite à 3 cent. 1/2 du cartilage en Y, à gauche à 2 centimètres. La tête et le col sont volumineux des deux côtés, les cavités sont bien marquées et profondes, à toit horizontal, surtout à gauche. La musculature de l'enfant est normale et bien développée.

Opération le 12 avril 1904. — Chloroforme, réduction des deux côtés le même jour, la petite malade est immobilisée en abduction à 90 degrés.

Une radiographie faite à travers le plâtre le 15 avril, indique que la réduction se maintient et que la forme des segments osseux en présence est sensiblement normale.

13 juin. — Nouvelle radiographie, rien n'est modifié ; le plâtre n'étant pas souillé n'est pas changé.

25 juillet. — Ablation complète du plâtre, légère ankylose des hanches ; l'enfant reste encore un mois sans marcher.

8 février 1905. — L'enfant est revue, la marche est très satisfaisante.

12 juillet 1906. — La marche est excellente.

19 juillet. — Nouvelle radiographie : les cavités cotyloïdes sont très profondes, 2 cent. 1/2 des deux côtés. Les têtes sont légèrement aplaties. Le col est légèrement affaissé sur la diaphyse fémorale des deux côtés, l'angle d'inclinaison mesure 105 degrés à droite et 110 degrés à gauche. A gauche, la tête fémorale est à un demi-centimètre plus haut que la droite, par rapport au ligament en Y.

Cependant, la marche s'effectue très facilement et tous les mouvements des deux hanches sont libres.

Les tendances à la coxa-vara se sont accentuées encore depuis le dernier examen, particulièrement à droite et sur une radiographie plus récente, l'angle d'inclinaison du col mesure 95° environ à droite, à gauche il se maintient plus grand et mesure environ 105°.

OBSERVATION V

(Communiquée par M. le Professeur agrégé NOYÉ-JOSSERAND
empruntée à la thèse de MOREL, 1908.)

C... Lucie, trois ans et demi, entre à la Charité, le 30 août, 1900, pour une luxation congénitale de la hanche gauche. On ne note rien de particulier dans les antécédents héréditaires. En ce qui concerne les antécédents personnels, les parents nous déclarent que, dès que l'enfant a commencé à marcher, ils s'aperçurent qu'elle boitait de la jambe gauche. Depuis cette époque, la boiterie n'a fait que s'accroître.

À l'examen on note un raccourcissement, très apparent, de la jambe gauche, de 3 cm. L'abduction est un peu limitée. Le grand trochanter est remonté au-dessus de la ligne Nélaton-Roser, et on sent la tête en arrière et un peu au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure. L'enfant est opérée le 3 septembre, la luxation est réduite facilement. Au moment où la réduction s'effectue, l'opérateur sent un ressaut très net, accompagné d'un bruit significatif. La réduction est très stable. La petite malade est mise dans un appareil plâtré, en rotation interne primitive (c'est-à-dire cuisse en abduction à 50° et genou étendu, le bandage comprenant le pied¹). L'enfant est revue le 5 novembre; la tête est toujours en bonne position. On fait à cette date un appareil plâtré qui descend jusqu'au genou,

21 mars 1901. — Au palper on a l'impression d'une réduction vraie. Cependant on note un raccourcissement d'un demi centimètre. On fait un nouveau plâtre.

20 juin. — On enlève le dernier plâtre. Le palper et la radiographie montrent que la tête est complètement réduite. Il persiste cependant toujours 1 centimètre de raccourcissement. La flexion de la cuisse sur le bassin se fait jusqu'à l'angle droit. Les mouvements de rotation du membre

inférieur sont libres. L'enfant marche comme avec son plâtre.

29 juillet. — L'enfant, revue, marche avec une légère hésitation, mais sans claudication. La flexion de la cuisse sur le bassin dépasse l'angle droit, mais n'est pas encore tout à fait complète. On note toujours un raccourcissement d'un demi à un centimètre. Au palper on sent la tête bien en place, débordant sensiblement les vaisseaux en dedans.

15 novembre 1902. — La marche s'effectue sans aucune claudication. Au point de vue de la forme du bassin et de la saillie des parties molles qui le doublent, on ne constate pas de différence quand on regarde l'enfant par devant. Vue par derrière, la malade présente un léger aplatissement de la fesse gauche. Au palper on trouve la tête dans la région inguinale assez saillante en avant pour être facilement circonscrite par le doigt. La rotation en dehors de la cuisse est complète, la rotation en dedans est très légèrement réduite.

La flexion, l'adduction et l'abduction du membre sur le bassin sont complètes. Il persiste cependant un raccourcissement de près d'un centimètre et demi. Le trochanter est légèrement remonté par rapport à l'épine iliaque antéro-supérieure correspondante. La tête fémorale touche les vaisseaux par son bord interne, mais occupe cependant une situation plus externe qu'à l'état normal. L'enfant peut faire, sans fatigue, des marches de deux à trois heures, à la fin desquelles elle présente seulement une légère claudication.

L'enfant est revue deux ans après, le 3 novembre 1904.

Elle a marché parfaitement bien, sans aucune claudication; elle a mené le même genre de vie que les autres enfants jusqu'à la fin mai 1904. Depuis cette époque elle présente une claudication qui aurait de la tendance à augmenter et qui est plus prononcée lorsqu'elle a marché beaucoup. On constate que la tête est restée en place sous les vaisseaux, qu'elle déborde légèrement en dedans. Il y a

un raccourcissement d'un centimètre et demi ; les mouvements de la cuisse sur le bassin sont entièrement libres.

25 juin 1907. — L'enfant conserve une légère claudication qui tend à augmenter. La tête est dans la région inguinale ; elle déborde légèrement les vaisseaux en dedans, mais si l'on compare la situation du sommet des deux trochanters par rapport à l'épine iliaque antéro-supérieure correspondante, on trouve que celui de gauche est plus élevé que celui de droite (on trouve, en effet, un travers de doigt pour le côté gauche et deux pour le côté droit comme mesure de la distance qui sépare le sommet du trochanter de l'épine iliaque antéro-supérieure). Les mouvements de la cuisse sur le bassin sont complets, sauf l'abduction, qui est un peu réduite. L'enfant accuse quelques douleurs dans son membre inférieur gauche. Il persiste toujours un bon centimètre de raccourcissement.

OBSERVATIONS VI et VII

(Du professeur CURTILLET, parues dans la *Revue d'orthopédie*, septembre 1907.)

Il s'agit dans les deux cas de fillettes traitées pour des luxations congénitales de la hanche, la réduction a été obtenue les deux fois par le procédé de Lorenz et il n'y a eu aucun incident soit avant, soit après l'opération. Ce n'est que dans les radiographies faites longtemps après la guérison et dans le seul but de vérifier si la réduction était bien complète et durable, que M. le Professeur CURTILLET remarqua :

1° Que chez la jeune N... le col fémoral du membre antérieurement luxé s'était affaissé ;

2° Que chez la jeune L... le col fémoral avait subi une telle modification qu'il semblait avoir complètement disparu.

L'histoire des deux malades est absolument superposable

et l'examen des trois radiographies faites, la première avant toute intervention, la seconde à la fin du traitement, la troisième à plusieurs années de distance, montre bien que le col s'est modifié dans les années qui séparent la fin du traitement de l'époque du troisième examen. En effet, chez la fillette N..., la radiographie prise avant la réduction montre un col court, mais formant avec la diaphyse un angle assez ouvert. Dans une seconde épreuve radiographique obtenue peu de temps avant la fin du traitement et alors que la réduction était parfaite, on ne constate aucun changement dans la direction du col fémoral, mais une troisième radiographie faite trois ans après montre d'une façon très évidente que le col s'est affaissé à tel point que son grand axe est perpendiculaire à l'axe de la diaphyse.

La jeune L... a été opérée, en 1898, par le procédé de Lorenz. Comme dans l'observation précédente, la radiographie faite avant le début du traitement montre un angle plus ouvert que dans le cas de N.... Le traitement n'a été marqué par aucun incident, la réduction facilement obtenue et la guérison rapide, à tel point, qu'en 1889 l'enfant était présentée à la Société de médecine d'Alger et qu'on ne constatait plus alors aucune claudication.

En juin 1905, cette enfant est revue par hasard, on fait faire la radiographie de son bassin, et c'est alors que l'on constate un affaissement considérable du col fémoral du membre antérieurement luxé. En ce qui concerne la jeune L..., et à l'occasion de la communication au Congrès d'Alger, dans les premiers jours du mois de mars de cette année, on fait une nouvelle radiographie de son bassin, on note alors que l'affaissement du col fémoral a encore augmenté si bien que la partie supérieure de la tête est au-dessous du sommet du grand trochanter et le pôle inférieur de la tête à peu de distance du petit trochanter.

Deux radiographies concernant la jeune N... (avant la réduction et trois ans après la fin du traitement), sont reproduites par la *Revue d'orthopédie*; sur la seconde on

voit très nettement que le col fémoral droit est affaissé et manifestement plus court que le gauche. L'épreuve est très nette et exclut toute contestation possible.

DISCUSSION

Pour déterminer les causes qui produisent la coxa vara après la réduction, il est nécessaire de distinguer : celles qui surviennent A immédiatement après l'opération, ou peu de temps après et B celles qui se produisent progressivement.

Les premières sont plus intéressantes à cause de leur évolution et des suites fâcheuses qu'elles entraînent. Les secondes ont plutôt une valeur documentaire, car elles n'ont que peu ou pas d'influence sur la marche.

A. La forme à évolution rapide que l'on constate immédiatement après l'opération, peut survenir à la suite d'un décollement épiphysaire traumatique ou bien à la suite d'une fracture. Au cours de la réduction on peut entendre un craquement de l'os.

Dans deux opérations de M. le professeur agrégé Frœlich, la fêlure se montra à la partie externe du col, au niveau du trochanter. La réduction ne subsista pas. Il n'existe aucun doute sur la cause de la déformation consécutive du col.

Une autre cause de la coxa vara, également indiscutable, est la rupture du col pendant le massage, qui doit être longtemps continué lorsque les articulations sont raides ; la force du massage est suffisante pour casser le col ; le fémur cède alors et la déformation

se produit. Des cas semblables furent cités par Bade (page 188 de son traité).

On peut résoudre le problème également de la même manière lorsque le col du fémur fléchit graduellement et non par force au cours de la mobilisation, ce qui survient, par exemple, après l'enlèvement du deuxième bandage, lorsque celui-ci a été posé en légère abduction et en rotation en dedans.

Ludloff a constaté ce cas chez deux malades.

Le même cas est cité par CURTILLET et NOVÉ-JOSSE-RAND, qui ont posé le deuxième appareil après la réduction par le même procédé, déjà décrit par LUDLOFF.

La fracture ou le décollement épiphysaire peuvent survenir indépendamment du bandage.

Ils peuvent aussi se développer graduellement après une rotation forcée en dedans lorsque la tête fémorale, remise à sa place, s'appuie sur la cavité cotyloïde insuffisamment profonde, ou bien à la suite de torsion exercée sur le genou et la jambe par l'appareil plâtré.

Il en est tout autrement si les déformations du col du fémur se montrent pendant les premiers mois, aussitôt que les enfants recommencent à marcher. Il s'agit ici d'une déformation par surcharge.

Il est prouvé qu'après une longue immobilisation, les os s'atrophient. M. RENÉ LEFORT (Lille) a récemment démontré ce processus de raréfaction pour les articulations mises dans le plâtre.

Les petits traumatismes qui surviennent au cours de l'abduction ou de l'adduction, ou encore à la suite

d'une mobilisation (MICHAEL HORWATH), peuvent jouer un rôle semblable.

Lorsque les enfants recommencent à marcher, le col du fémur n'est pas assez fort pour supporter le poids du corps et peu à peu il se déforme.

M. le Professeur agrégé FRÆLICH n'a constaté qu'une seule fois ce processus de raréfaction à la radiographie.

Dans le remarquable travail de HORWATH se trouvent des gravures, qui montrent cette fonte des os, la coxa-vara et la disparition du col du fémur.

Nous l'avons remarqué de même sur quelques-unes des radiographies que nous avons examinées dans le service de M. le Professeur agrégé FRÆLICH.

On peut aussi songer pour expliquer l'incurvation du col à un ramollissement général des os : parmi les malades atteints de cette lésion vus chez M. FRÆLICH se trouvaient quatre enfants rachitiques; HORWATH en cite aussi un exemple.

Parmi les autres causes générales, la tuberculose de M. PONCET (Lyon), peut-être est-ce sans qu'il faille s'y arrêter, malgré que M. PONCET lui attribue dans beaucoup de cas la scoliose, le pied plat douloureux et le genu valgum.

M. FRÆLICH et quelques autres auteurs ont trouvé des staphylocoques jaunes et blancs chez des malades atteints de coxa-vara. On peut toujours se poser la question, pourquoi ne survient-il pas de ramollissement des os et de coxa-vara chez tous les malades opérés, car les traumatismes opératoires, les surcharges, l'immobilisation, sont les mêmes chez tous les malades opérés de luxation congénitale.

La question reste posée et il est possible qu'il soit nécessaire d'admettre des causes de nature infectieuse.

Les symptômes survenant à la suite des déformations du col après la réduction de la luxation congénitale sont très différents suivant les cas.

La coxa-vara est découverte dès que le malade se remet à marcher ; ou bien chez un malade qui, après quelques mois de bonne marche, se remet à boiter et souffre de nouveau.

La marche devient plus mauvaise, la boiterie augmente, l'articulation est douloureuse. L'abduction diminuée occasionne des douleurs, lorsqu'elle se trouve un peu augmentée.

Lorsque le col se brise en grande partie et quand il a atteint une diminution notable de volume, la boiterie peut être considérable et le raccourcissement de la jambe lui est proportionnel.

Mais c'est un cas, qui se présente rarement et lorsque la boiterie persiste c'est plutôt un état de relâchement de l'articulation. Dans la plupart des cas, après une période douloureuse qui dure quelques semaines, les douleurs et la boiterie disparaissent, de sorte que, malgré la coxa-vara de 115° à 100° , il n'apparaît aucune anomalie dans la marche.

A l'examen clinique on constate un notable raccourcissement de la jambe, une certaine élévation dans la position du trochanter, une augmentation et éventuellement une diminution de la demie circonférence du bassin (mesuré au-dessus du trochanter).

Le pronostic, après la réduction de la coxa-vara est favorable, mais il existe quelques exceptions où la boi-

terie persiste encore au bout de 18 mois (NOVÉ-JOSSE-RAND, CURTILLET).

Il existe peu d'indications thérapeutiques dans la forme de coxa vara à évolution rapide : ménagement de l'articulation, placement des jambes en abduction sur un chevalet.

Il importe aussi de favoriser l'état général par des bains, des préparations phosphorées.

Dans la plupart des cas les douleurs sont effacées et la marche corrigée par le temps.

CHAPITRE II

COXALGIE

Un grand nombre de travaux ont été publiés sur la *Coxalgie* survenant après la réduction de la luxation congénitale de la hanche.

Parmi les plus récents, nous devons citer :

“ La coxalgie venant compliquer la luxation congénitale de la hanche „, par LAMY ; ceux de BROCA (Paris), de CODIVILLA (Bologne), de LANGE (Munich), de LANNE-LONGUE (Paris), de NOVÉ-JOSSERAND (Lyon).

Au point de vue de son étiologie, cette affection est extrêmement rare. A cet égard, la lettre de CODIVILLA (Bologne) écrite à LAMY est très intéressante et nous en citerons le passage suivant :

“ Les recherches que nous avons faites dans notre statistique au sujet de la coxalgie venant compliquer la luxation congénitale de la hanche n'ont pas donné de résultats positifs. Plusieurs fois nous avons vu l'arthrite chronique, l'arthrite déformante venant compliquer la luxation congénitale de la hanche, mais nous n'avons jamais constaté des cas de tuberculose de la hanche. Notre expérience est fondée sur presque un millier de cas. „

On a fait jouer, en particulier, un rôle important à la disparition du ligament rond et des vaisseaux qu'il renferme.

On sait que ce ligament, dans les cas de luxation, disparaît vers la quatrième année. Si, d'une part, l'on admet que le bacille de la tuberculose, pour arriver à se localiser dans la tête fémorale, doit passer par l'intermédiaire des vaisseaux du ligament rond et si, d'autre part, on remarque que le maximum de fréquence de la coxalgie est de 5 à 12 ans, il est facile de conclure que les chances maxima d'infection ne coïncidant plus, l'affection sera rare.

D'autres ont invoqué le défaut de pression des surfaces osseuses, le grand nombre des traumatismes, des pressions brusques et des chocs sur les têtes luxées pour expliquer la localisation de la tuberculose en ce point.

Ce qui paraît le plus vraisemblable, c'est le peu d'affinité de la tuberculose pour les tissus osseux insuffisamment vascularisés.

L'immense majorité des cas appartient aux filles.

L'âge semble un facteur important.

D'après les statistiques de LAMY il existe un maximum de fréquence entre 2 et 6 ans très accusé.

Il est vraisemblable que les localisations pulmonaires doivent jouer le rôle habituel qu'elles jouent dans la diffusion du bacille dans l'organisme.

Voici quelques observations empruntées à LAMY, qui sont en faveur de cette étiologie.

Renée M..., 2 ans et demi, salle Baudelocque, n° 4, avait présenté une période fébrile avant le début de

sa coxalgie et l'autopsie ayant démontré la présence de nombreux ganglions caséeux et de follicules tuberculeux dans les poumons, on peut se demander si le point de départ n'est pas dans le système pulmonaire.

D'après une autre observation rapportée également par LAMY, un autre malade Auguste Ch..., aurait eu une bronchite à l'âge de 16 mois.

ROCHER partage aussi cette opinion, et la malade dont il rapporte l'observation était manifestement une tuberculeuse pulmonaire (bronchite chronique qui dura un an).

Une dernière question reste à se poser au sujet des causes prédisposantes, c'est celle de savoir quelle est l'influence de la réduction de la luxation sur l'apparition et la marche de la lésion tuberculeuse.

Deux cas peuvent se présenter :

1° La hanche, avant toute manœuvre, toute tentative de réduction est suspecte de coxalgie ;

2° La hanche est absolument indemne.

Dans une observation de LAMY, il semble bien que la réduction de la luxation ait joué le rôle de traumatisme localisant : au bout de neuf mois de traitement l'enfant a commencé à souffrir, et aussitôt qu'on a essayé de le faire marcher, ses douleurs ont été intenses.

Il est permis de penser que la coxalgie avait été déterminée par les manœuvres de réduction, mais qu'elle était restée jusqu'alors silencieuse précisément parce qu'on immobilisait les membres inférieurs.

Aussitôt que l'enfant a marché, les événements se sont précipités : la hanche gauche s'est prise presque

immédiatement, les deux articulations ont suppuré, si bien que dix mois après le début apparent des lésions tuberculeuses il existait un abcès à gauche et deux fistules à droite.

Dans une observation de BROCA, la hanche droite était le siège d'une arthrite avant tout traitement.

Cette arthrite fut considérée comme de nature non tuberculeuse et ce fut même pour y remédier que la réduction fut opérée.

Aussitôt la nature tuberculeuse de l'affection se révéla et la coxalgie ne tarda pas à suppurer et à se fistuliser.

Quant à l'observation de M. ROCHER (Société d'anatomie et de physiologie normales et pathologiques de Bordeaux, procès-verbal de la séance du 23 juillet 1906), on constate bien des tentatives de réduction avant l'apparition de la coxalgie, mais il se passe un an entre l'interruption du traitement et l'apparition de la coxalgie et, de plus, pendant cet intervalle, l'enfant s'est tuberculisé (bronchite chronique).

On ne peut donc incriminer le traumatisme opératoire.

Par contre, un grand nombre de hanches ont évolué vers la coxalgie sans traumatisme préparatoire, du moins sans traumatisme dû à une intervention quelconque.

En résumé, suivant les observations de LAMY, 13 fois la tuberculose s'est greffée sur une hanche sans traumatisme opératoire. Une fois, la réduction a donné un coup de fouet à une coxalgie préexistante, mais ignorée.

Une fois, la réduction semble bien avoir été le point de départ d'une coxalgie double.

Deux fois, les tentatives de réduction n'ont eu aucune influence sur la coxalgie.

Enfin, dans deux cas, il est impossible de préciser le rôle de l'acte opératoire.

On peut donc conclure que : 1° dans l'immense majorité des cas, l'apparition de la coxalgie est absolument indépendante des manœuvres de réduction ;

2° Les manœuvres de réduction tentées sur une hanche déjà atteinte de coxalgie précipitent l'évolution de celle-ci et prédisposent à la généralisation tuberculeuse.

Au point de vue de la symptomatologie, on peut considérer l'observation de LAMY comme typique : il s'agit d'un tout jeune enfant qui, ayant marché tard, a présenté dès le début le dandinement caractéristique de la luxation congénitale de la hanche.

Puis, le plus souvent, sans cause apparente, l'enfant se plaint de sa hanche, se refuse à appuyer sa jambe sur le sol, sa cuisse se fléchit, et on laisse l'enfant au lit.

A ce moment, on constate que le membre inférieur est en flexion, adduction et rotation en dedans. On peut néanmoins lui imprimer des mouvements assez étendus, flexion et adduction sont possibles. On sait, en effet, que sur des hanches luxées et non tuberculeuses on peut exécuter des mouvements d'adduction plus étendus que sur les hanches normales.

L'abduction est le mouvement le plus limité.

Cette recherche est assez douloureuse.

Mais le symptôme prédominant noté dans toutes les observations consiste en une augmentation de volume de la racine de la cuisse.

Dans les coxalgies banales, souvent il existe un gonflement péri-articulaire qui se manifeste par une tuméfaction nettement localisée à la partie antérieure, au-dessous des vaisseaux fémoraux. Dans la luxation tuberculisée, le gonflement siège au-dessus de la cavité cotyloïde, ce qui, précisément, contraste avec la dépression qui existe en regard de la cavité elle-même.

De plus, ce gonflement n'est pas limité à un seul point, il intéresse la racine de la cuisse, en ce sens qu'on le constate aussi bien en dehors et en arrière qu'en avant. Ceci tient sans doute à ce que la tête et le trochanter affleurent plus facilement les téguments que lorsqu'ils sont fixés à leur place normale.

La saillie de la hanche, déjà exagérée par la luxation, prend des proportions encore plus considérables.

Si, maintenant, on fait marcher l'enfant, les signes se précisent davantage. Comme le fait très justement remarquer M. ROCHER, si on a l'occasion d'examiner un malade atteint de luxation congénitale double, dont une seule hanche se tuberculise, on peut faire dans les meilleures conditions possibles la comparaison entre les deux affections : c'était le cas pour la petite malade de LAMY. Du côté sain, c'est-à-dire non atteint de coxalgie, on constate l'abaissement de la crête iliaque et l'enfoncement du trochanter dans les masses musculaires, c'est le déhanchement. Du côté malade, il s'agit d'une boiterie vraie : les deux temps

de la marche sont inégaux, le malade ne s'appuyant sur la deuxième jambe qu'un minimum de temps.

La contracture musculaire fait qu'il entraîne en même temps sa cuisse et son bassin, et comme celle-là est fléchie sur celui-ci, le malade exécute à chaque pas un mouvement de salutation en même temps qu'un léger mouvement de rotation ayant pour but de lancer en avant son bassin du côté malade. Dans ce mouvement, la pointe du pied tournée en dedans repose seul sur le sol.

Les autres signes qu'on peut retrouver sont des secousses fibrillaires, ganglion iliaque, etc.

Il existe aussi un excellent signe à rechercher dans le cas de luxation double : c'est le signe de TRENDELENBOURG. On sait que, étant donné un sujet atteint de luxation congénitale droite par exemple, si on lui demande de se tenir sur la jambe gauche, le pli fessier droit est au-dessus du pli fessier gauche ou tout au moins à son niveau. Si, au contraire, on le fait mettre sur la jambe droite (malade) le pli fessier gauche est nettement au-dessus du droit. Dans le cas qui nous occupe, la contracture musculaire réflexe qui tend à immobiliser l'articulation réalise en partie ce que ne fait pas la volonté du sujet atteint de luxation simple.

La contracture immobilise si bien le bassin sur le fémur que si l'on demande à la petite malade de se tenir sur la jambe atteinte de coxalgie, on constate la presque disparition du signe de TRENDELENBOURG, surtout par comparaison avec le côté opposé : que la malade se tienne sur le membre luxé ou sur le membre luxé atteint de coxalgie, jamais le pli fessier du

côté non coxalgique ne s'abaisse au-dessous du côté coxalgique (observation de LAMY).

Dans les cas de luxation simple il est vraisemblable que l'on doit remarquer progressivement la disparition du signe de TREDELENBOURG au fur et à mesure que la contraciure augmente. Mais cette question n'est pas encore résolue.

Un bon signe dès le début de l'affection est l'augmentation de volume du col et du trochanter dans le sens transversal, ainsi que la douleur à la pression sur le col.

La radiographie faite dès le début permet d'affirmer le diagnostic : M. JOÛON a remarqué l'usure du cotyle et de la tête avec agrandissement de l'espace clair articulaire. LAMY, dans une observation avait trouvé, outre les troubles trophiques habituels, une altération du col avec envahissement de la tête fémorale qui était détruite ou du moins envahie par le processus tuberculeux.

Comme symptômes on peut encore trouver des abcès et des attitudes vicieuses dans les cas où le siège de l'abcès a été précisé, il est antérieur ou antéro-externe ; le pus fuse vers la face antérieure de la cuisse car la tête fémorale est elle-même très superficielle, sous les téguments antérieurs, et il semble que ce soient la tête et le col qui sont primitivement atteints.

Les attitudes vicieuses se compliquent du fait de la luxation.

Le raccourcissement dû à une coxalgie se compose normalement de trois facteurs : atrophie, attitudes vicieuses et usure de la tête et du cotyle.

Les malades guéris arrivent à compenser plus ou moins habilement et plus ou moins complètement ces divers facteurs par les modifications d'attitude.

Mais la luxation surajoutée augmente le raccourcissement dans des proportions telles qu'on est obligé d'intervenir chirurgicalement pour compenser les attitudes vicieuses.

Au point de vue du diagnostic, deux cas peuvent se présenter : ou bien l'enfant marchait et la luxation congénitale était certaine avant l'apparition de la coxalgie, ou bien la notion de luxation antérieure est douteuse.

Dans le premier cas de luxation congénitale avérée il faut se demander s'il s'agit des douleurs banales d'arthrite ou de douleurs d'une coxalgie. Les douleurs de l'arthrite sèche cèdent plus facilement au repos, ne l'accompagnent pas d'un gonflement de la racine de la cuisse comme celui de la coxalgie.

Au contraire, l'empatement diffus, la contracture musculaire, un ganglion iliaque sont des signes en faveur de la nature tuberculeuse.

Les poussées fébriles sont le plus souvent l'indice d'un envahissement par le bacille de Koch. L'examen radiographique aide aussi au diagnostic.

Dans le second cas le diagnostic est beaucoup plus difficile.

Tout d'abord, en présence de phénomènes douloureux siégeant dans la région de la hanche il faut pouvoir affirmer le diagnostic d'arthrite.

M. LAMY rapporte un cas, où il a eu l'occasion d'examiner un jeune enfant atteint d'une affection

semblable. Il a pensé à la possibilité d'une luxation congénitale compliquée de coxalgie en raison des phénomènes suivants : ascension du trochanter, saillie anormale du trochanter, dépression cotyloïdienne à la face antérieure, gonflement de la racine de la cuisse, douleurs, immobilisation en adduction, etc.

La radiographie vint confirmer le diagnostic de luxation mais en même temps infirmer celui de coxalgie. Il ne semblait y avoir aucune lésion articulaire : par contre un manchon d'os périostique engainait tout le quart supérieur du fémur comme s'il s'agissait de productions ostéomyélitiques.

Le petit malade ayant eu auparavant la diphtérie, on pouvait supposer une ostéomyélite subaiguë secondaire.

Si le diagnostic d'arthrite peut être confirmé, il faut rapporter cette arthrite à sa véritable cause. On éliminera facilement les arthrites suppurées s'accompagnant d'une température très élevée, d'un état général grave et de phénomènes locaux très accentués, qui précipitent la marche de l'affection.

Mais ces arthrites peuvent se compliquer de luxation, ainsi qu'en témoignent certaines observations (KRAUSE).

Ce sera donc l'évolution qui emportera le diagnostic. Les mêmes considérations s'imposent au sujet de l'ostéomyélite de la hanche.

La question se pose d'une façon encore plus imprévue depuis que l'on sait que les ostéomyélites subaiguës et ignorées pourraient produire une luxation. Seuls les anamnestiques pourraient trancher le diagnostic (NOVÉ-JOSSERAND, KIRMISSON).

Mais il faut encore pouvoir distinguer, s'il s'agit d'une coxalgie se compliquant de luxation ou d'une luxation congénitale se compliquant de coxalgie ?

En l'absence d'anamnestiques, seule la radiographie pourra donner des indications.

S'il existe une luxation unilatérale, si la tête est profondément ulcérée, détruite quant à sa partie supéro-interne, si les troubles dystrophiques osseux (perméabilité plus grande aux rayons) sont très développés, toutes les probabilités sont en faveur d'une luxation au cours d'une coxalgie.

Dans le cas contraire, la coxalgie venant compliquer une luxation congénitale, la cavité cotyloïde est peu ou pas formée, mais elle est exempte de fongosités ; la tête est relativement peu ulcérée, les lésions dystrophiques sont moins marquées. Si même la tête ne présente pas d'ulcération vraie et que la radiographie révèle l'existence d'un foyer tuberculeux dans le col fémoral, le diagnostic sera certain.

Le pronostic de cette affection est grave, l'évolution vers la suppuration se fait assez rapidement. Sur les 5 observations de LAMY, 4 se sont terminées par la mort.

Lorsque les enfants échappent à la mort, ils sont presque infailliblement voués à une marche très défectueuse. On note une tendance presque invincible aux attitudes vicieuses et beaucoup d'observations relatent une opération orthopédique pour remédier à cet état de choses.

Au point de vue de traitement il faudra s'abstenir de toute réduction sur une hanche suspecte de tuber-

culose, car le traumatisme local réveille la virulence de la culture bacillaire, il s'ensuit une poussée locale et même la possibilité de la généralisation qui emporte le malade.

Si la tuberculose vient se greffer sur une hanche réduite, il ne semble pas que le traitement comporte d'indications spéciales ; on se souviendra seulement que les surfaces osseuses en présence sont le siège de malformations congénitales et que les attitudes vicieuses en seront d'autant plus difficiles à combattre. La suppuration étant très fréquente on surveillera très minutieusement l'évolution des abcès, car la fistulation est presque toujours la règle. Il faudra donc ne pas se contenter d'une immobilisation relative et courte.

On appliquera un appareil plâtré remontant jusqu'au thorax et englobant le pied ; on ne laissera libre que les orteils. L'immobilisation absolue devra durer deux ans s'il ne survient aucune complication.

Lorsqu'on se trouve en présence d'une coxalgie ayant fini d'évoluer, mais il restera une attitude vicieuse considérable qui gênera la marche du sujet, il vaut mieux réduire la luxation, car non seulement on remettra le membre en bonne attitude, mais encore on allongera ce membre de toute la hauteur de la luxation. La boiterie se diminuera dans des proportions considérables et même si l'on n'obtient qu'une transposition anatomique, la longueur fonctionnelle du membre en tirera grand bénéfice.

Aussi les ostéotomies semblent donner de bons résultats. On pratiquera une ostéotomie oblique qui

aura pour but par une immobilisation appropriée de mettre le membre en bonne attitude et de l'allonger par les tractions élastiques pour obtenir coadaptation des fragments biseautés par une portion seulement de leur section. Par ce moyen on gagnera en longueur et on évitera de traumatiser un foyer tuberculeux. L'articulation n'aura pas à souffrir et des accidents consécutifs ne sont pas à redouter. Dans ces cas les cals sont extrêmement longs à se former en raison du mauvais état de nutrition des os.

L'immobilisation sera prolongée deux et trois mois.

Donc, comme conclusion nous pouvons dire que les ostéotomies pratiquées loin du foyer constituent jusqu'à présent le meilleur traitement après guérison complète de la coxalgie. La coxalgie ne paraît pas avoir de rapport avec la réduction, ainsi que le prouvent les deux observations suivantes dues à l'obligeance de M. FRÆLICH.

OBSERVATION I

Coxalgie après la guérison d'une luxation congénitale
(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé FRÆLICH)

Reine Stok ..., âgée de 12 ans. Luxation congénitale à gauche L'enfant est amenée à la clinique des enfants à l'hôpital de Nancy.

L'enfant a commencé à marcher à 17 mois.

La jambe gauche est aujourd'hui de 2 centimètres plus courte que la droite. Très mauvaise marche.

A la radiographie, luxation de la hanche à gauche. Cavité

plate. Réduction après cinq mois d'appareil plâtré. Bonne marche. Le soir l'enfant boite encore un peu.

20 janvier 1908. — Sept ans après l'opération l'enfant revient à la clinique.

Depuis février 1905, c'est-à-dire depuis deux ans, la hanche luxée auparavant est devenue douloureuse et tuméfiée. Le médecin traitant pose un appareil. Après six mois, les douleurs sont de nouveau disparues, la marche devient aussi bonne que possible, mais la boiterie est très forte.

L'année suivante l'articulation est de nouveau douloureuse et la fillette reste au lit six mois.

Status praesens. — 28 janvier 1908. — Fillette assez forte. Les poumons sains. Le pied gauche est atrophié. La hanche est contractée à 45° de flexion et en adduction de 6 centimètres.

Aucune douleur, même si on essaie de mouvoir le membre. Aussi insensibilité à la pression.

A la radiographie on voit la tête très atrophiée. Elle se trouve dans la cavité articulaire, qui est très élargie avec l'usure des os et les parties claires.

Diagnostic de la coxalgie avec ankylose guérie.

Pour écarter la flexion et l'adduction, on pratique *osteotomia subtrochanterica*.

Guérison per primam après 6 semaines.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé FRÉLICH.)

Berta Gu ..., âgée de 7 ans, a toujours boité, depuis qu'elle peut marcher ; sa sœur a une luxation double.

La jambe gauche est de 3 centimètres plus courte que la droite. Quatre mois dans le plâtre. Après deux mois de massage la marche était assez bonne, mais s'améliora peu à peu et devint normale.

En janvier 1907 le genou est devenu douloureux et la marche impossible.

En mai 1907, gonflement de la hanche gauche. L'enfant était de nouveau revenue.

Status praesens. — 13 mai 1907. La fillette est fortement amaigrie, on constate la présence d'un gros abcès entre l'épine iliaque antéro supérieure et le grand trochanter. Le trochanter se trouve au même niveau que cette épine, de sorte que la luxation se représente de nouveau. Le pied gauche est de 2 centimètres plus court que le droit, il y a une faible adduction, mais pas de flexion.

Diagnostic. — Coxalgie après une heureuse réduction de la luxation de la hanche au bout de trois ans.

Après trois ponctions, sans injection d'iodoforme, l'abcès était guéri. Appareil plâtré.

En mars, les douleurs ont disparu. La hanche n'est plus gonflée, ni sensible à la pression.

L'état général est bon.

CHAPITRE III

Jusqu'ici, nous nous sommes occupés de la coxavara et de la coxalgie consécutives à la réduction de la luxation congénitale de la hanche.

Dans ce troisième chapitre, nous nous occuperons spécialement de la luxation traumatique et de la polyomyélite antérieure, consécutives à cette réduction.

Comme les cas de la luxation traumatique sont rares, nous nous baserons sur la seule observation que nous avons pu recueillir.

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé FRELICH.)

Luxation traumatique de la hanche

Guérie depuis 6 ans

Marie-Louise Man..., âgée de 10 ans, a été traitée dans la clinique des enfants en 1901, lorsqu'elle était âgée de 3 ans, pour une luxation congénitale de la hanche droite. (Réduction d'après Lorenz.)

Un an après l'enfant ne boitait plus, pouvait se tenir debout et marcher sans fatigue une journée entière

Le 12 décembre 1907, elle glissa sur la neige avec ses sabots et tomba par terre, ne pouvant plus se relever, elle dû rester trois semaines au lit.

Elle essaya de marcher de nouveau, mais elle y réussit avec beaucoup de peine, quelques douleurs et en boitant fort.

Le 20 janvier 1908. — Elle est rentrée à la clinique.

Forte fillette, âgée de 10 ans. La marche est difficile. La hanche droite fléchit facilement de même que l'adduction est facile. Les mouvements sont possibles, mais l'abduction et l'extension incomplètes.

Le trochanter se trouve à 3 centimètres au-dessus de la ligne Nélaton-Roser.

A la radiographie on voit une luxation coxo-fémorale.

Réduction au chloroforme.

L'appareil plâtré en abduction à 60°.

Au bout de trois semaines enlèvement de l'appareil. La hanche est raide.

Massage et mouvements.

Le 24 mars, l'enfant sort de l'hôpital. Les mouvements de la hanche sont plus étendus.

La flexion jusqu'à 45°.

Adduction et abduction à 60°.

La boiterie est toujours considérable, due non à la luxation, mais à la raideur de la hanche.

A la radiographie on aperçoit la tête dans la cavité cotyloïde. La cavité est normale.

D'après les auteurs, nous remarquons que la luxation traumatique se produit rarement dans une articulation saine ; HUTER ne l'a jamais rencontrée ; KRÆNLEIN trouve sur 400 luxations 40 luxations de la hanche, mais jamais chez les enfants.

M. le professeur agrégé FRÆLICH a signalé un cas de luxation de la hanche (*Revue médicale de l'Est*, 1907) chez une jeune fille de neuf ans, qui était tombée dans

une trappe de cave. La réduction fut faite 24 heures après et l'enfant fut guérie complètement.

La preuve que cette luxation traumatique se produit rarement dans une articulation saine c'est que, en nous basant sur l'observation précitée, nous remarquons que primitivement la petite malade est atteinte d'une luxation congénitale; il est vrai que l'on pourra nous objecter que la malade ne boitait plus et pouvait se tenir facilement debout. Cependant, il est très admissible que cette luxation primitive ait pu laisser un point faible au niveau de l'articulation, — point faible qui serait dû à une profondeur insuffisante de la cavité cotyloïde.

Nous croyons que c'est là la seule explication possible.

En effet, nous ne pourrions admettre qu'un si léger traumatisme produise un accident aussi sérieux, si une prédisposition antérieure, non pas due à l'intervention première, n'existait déjà.

Nous croyons donc que la luxation traumatique de la hanche a un rapport avec la luxation congénitale, — la première dérivant fatalement de la seconde.

Polyomyélite antérieure

La polyomyélite est une complication rare, dont on a signalé quelques cas.

Chez la malade de M. FRÉLICH, il se produisit, 9 mois après la réduction vraie d'une luxation congé-

nitale, une polyomyélite, qui entraîna la paralysie des péroniers et des extenseurs. En voici un autre cas, où la paralysie se produisit plus tard encore.

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé FRÉLICH.)

Marie Col..., âgée de 2 ans. Luxation congénitale de la hanche droite. Le trochanter se trouve à 2 centimètres au-dessus de la ligne Nélaton-Roser; cette luxation a été réduite au mois de mars 1907 et mise dans le plâtre. Au bout de cinq mois l'enfant recommence à marcher.

Le 23 novembre l'enfant était ramenée à la clinique. La marche est normale. Aucune trace de boiterie. Les mouvements sont complets dans tous les sens. L'abduction seule est un peu retardée.

Dans les premiers jours du mois de janvier, l'enfant devient malade (fièvre, vomissements) et dix jours plus tard, quand elle s'est levée, elle ne pouvait plus s'appuyer sur la jambe droite.

27 février. — L'enfant peut marcher, mais projette la jambe droite.

Les mollets et les fesses sont atrophiés. La hanche est normale.

La tête se trouve dans la cavité.

Complète paralysie des péroniers et des extenseurs des orteils, sauf l'extensor hallucis.

Massage et électricité.

Remarquons qu'une paralysie semblable peut se produire après la réduction d'une luxation difficile, mais il faut en attribuer la cause à l'opération.

De même, M. FRÆLICH a vu chez un enfant de 6 ans, chez un autre de 9 ans et chez un troisième de 12 ans une paralysie du nerf poplité externe. Cette paralysie disparut au bout de plusieurs mois chez les deux premiers malades, mais persista pendant un an chez le troisième.

GOCHT (Halle) a démontré que cette paralysie se produit par arrachement ou tiraillement du nerf ischiatique pendant l'opération, quand le nerf sort du bassin au-dessus et au-dessous du muscle pyramidal.

Cette suite expose spécialement les fibres du nerf poplité externe à l'arrachement pendant la réduction.

Dans la majorité des cas, cette localisation de la paralysie aux muscles innervés par le poplité externe est due au hasard et n'a rien à voir avec la réduction de la luxation.

Cette paralysie, en effet, est tout à fait identique à la paralysie infantile médullaire survenue plus tard.

CONCLUSION

Après la réduction de la luxation congénitale, et alors que les enfants marchent déjà, il peut survenir une série d'accidents : 1° Un affaissement du col (coxa-vara) en rapport avec la réduction.

Cette coxa-vara fait rarement boiter d'une façon définitive.

2° Une coxalgie trois fois sur 250 enfants. — Elle est moins fréquente que dans l'articulation luxée mais non opérée.

3° Une luxation traumatique peut être favorisée par le manque de profondeur de la cavité.

4° De la paralysie infantile se traduisant par la paralysie des muscles innervés par le poplité externe.

Cette localisation est due au hasard et n'a rien à voir avec la réduction de la luxation, quoique les manœuvres de réduction par elles-mêmes occasionnent quelquefois une paralysie généralement temporaire du nerf poplité externe.

Vu :

Nancy, le 28 mars 1909.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
ROHMER.

Vu :

Nancy, le 28 mars 1909

LE DOYEN,
GROSS.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 2 avril 1909.

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE,
CH. ADAM,
Correspondant de l'Institut.

BIBLIOGRAPHIE

- ALLISON. — American Journ. of orthop. Surgery, 1905.
- ALSBERG. — Zeitschrift fur orthopädische Chirurgie, 1898.
- CAUBET. — Bulletins et Mémoires de la Société anatomique de Paris, 1903.
- CHAPUT. — Bulletins et Mémoires de la Société anatomique de Paris, 1885.
- CHARPENTIER. — Thèse, Paris, 1897-1898.
— Revue d'orthopédie, 1898.
- COMTE. — Thèse, Lyon, 1900-1901.
- COVILLE. — Revue d'orthopédie, 1903.
- CRUVEILHIER. — Traité d'anatomie pathologique générale, 1849.
- CURTILLET et BULLINGER-MULLER. — Revue d'orthopédie, septembre 1907.
- DUPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie, VIII, 1899.
- EHRMANN. — Observations d'anatomie pathologique, 1863.
- FRÉLICH. — Revue d'orthopédie, 1900 et juillet 1907.
— Revue médicale de l'Est, 1901 et 1907.
— Études sur la Luxation congénitale de la hanche (extraits de la Revue médicale de l'Est, 1907).
- GAUDIER. — Revue d'orthopédie, 1905.
- GROSS, ROHMER, VAUTRIN, ANDRÉ. — Nouveaux éléments de pathologie chirurgicale, I, 1900.
- GUERLAIN. — Thèse, Paris, 1896-1897.
- HALLOPEAU. — Bulletins et Mémoires de la Société anatomique de Paris, 1902.
- HILBING. — Zeitschrift fur orthopädische Chirurgie, 1906.
- HOFFA. — Deutsche medicin. Woch., 1905.
— Rauenbusch (Atlas de chirurgie orthopédique en radiographies, 1905).
- JOACHIMSTHAL. — Revue d'orthopédie, 1899.
— Précis de chirurgie orthopédique, 1907, art. LORENZ et REINER.

- KIRMISSON. — Revue d'orthopédie, 1894, 1897, 1898, 1906.
— Maladies chirurgicales d'origine congénitale, 1898.
— Précis de chirurgie infantile, 1906.
- LEPAGE et GROSSE. — Revue d'orthopédie, 1901.
- LUDLOFF. — Pathogénie et traitement de la luxation congénitale de la hanche, 1902.
- LAMY. — Revue d'orthopédie, 1909.
- MONNIER. — Bulletins et Mémoires de la Société anatomique de Paris, 1882.
- MOUCHET et AUBION. — Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 1899.
- MULLER (F.). — Medical News, 1905.
- NOVÉ-JOSSERAND. — Précis d'orthopédie, 1905.
- NOVÉ-JOSSERAND et PETITJEAN. — Revue d'orthopédie, 1906.
- OSCHNER. — Annals of Surgery, 1902.
- PIÉCHAUD. — Chirurgie infantile, 1900.
- POLLIOU. — Thèse, Lyon, 1903-1904.
- POTOCKI. — Revue d'orthopédie, 1905.
- RECLUS, KIRMISSON, PEYROT, BOUILLY. — Manuel de pathologie externe, 1902.
- SAINTON. — Thèse, Paris, 1892-1893.
- SCHWARTZ et SIÉGER. — Revue d'orthopédie, 1906.
- STIEDA. — Revue d'orthopédie, 1901.
- SUDECK. — Revue d'orthopédie, 1900.
- TRÉNEL. — Thèse, Lyon, 1902-1903.
- WHITMANN. — Revue d'orthopédie, 1901.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS.....	5
INTRODUCTION.....	6
CHAPITRE I. — Coxa vara.....	7
CHAPITRE II. — Coxalgie.....	25
CHAPITRE III.....	40
CONCLUSIONS ..	45
BIBLIOGRAPHIE.....	46
TABLE DES MATIÈRES.....	48

